

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1919-1920. — N° 68

LES INDICATIONS RESTANTES
DE LA
VOIE PÉRINÉALE
DANS LA PROSTATECTOMIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 décembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alfred BRULÉ

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né à Etrepuy (Marne), le 11 janvier 1892.



LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE
12, RUE DE LA BARRE, 12

—
1919

LES INDICATIONS RESTANTES
DE LA
VOIE PÉRINÉALE
DANS LA PROSTATECTOMIE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1919-1920. — N° 68

LES INDICATIONS RESTANTES
DE LA
VOIE PÉRINÉALE
DANS LA PROSTATECTOMIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 décembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alfred BRULÉ

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né à Etrepuy (Marne), le 11 janvier 1892.



LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE
12, RUE DE LA BARRE, 12

—
1919

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, GAZENUEVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique.	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	BERARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.	ROLI ET.
Clinique des maladies des femmes.	NICOLAS.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie	LEPINE (J.).
Chimie biologique.	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique.	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	HUGOUNENQ.
Anatomie.	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.	MOREAU.
Physiologie.	GUIART.
Pathologie interne.	X...
Pathologie et Thérapeutique générales.	POLICARD.
Anatomie pathologique.	DOYON.
Médecine opératoire.	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.	MOURIQUAND.
Médecine légale.	PAVIOT.
Hygiène.	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie.	ETIENNE MARTIN.
	COURMONT (P.)
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND, —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Embryologie.	LATARJET, —
Anatomie topographique.	PATEL, —
Botanique.	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale.	VILLARD, —
Déontologie et médecine professionnelle.	X... —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. LATARJET.	MM. GUILLEMARD.	MM. COTTE.
COMMANDEUR.	BRETIN.	GARIN.	DUROUX.
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	SAVY.	BONNAMOUR, char-
LAROYENNE.	THEVENOT (Léon).	FROMENT.	gé des fonctions.
VORON.	TAVERNIER.	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT, id.
NOGIER.	CADE.	PIERY.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROCHET, Président ; LERICHE, Assesseur ;
MM. THÉVENOT LÉON et DUROUX, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de mon immense
affection et d'une reconnaissance infinie.

A mon Maître et Président de thèse

M. LE PROFESSEUR ROCHET

Professeur de clinique urologique,
Chirurgien major de l'Antiquaille.

Qui nous accueillit dans son service, d'abord à l'Hôpital de la Soie, ensuite aux Minimes et à l'Antiquaille, avec une aimable bienveillance. Qu'il reçoive l'hommage de notre profonde gratitude pour l'enseignement précieux qu'il nous a donné.

A mon Maître

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THÉVENOT

Qui nous a prodigué, dans son service des Minimes, ses conseils éclairés et précis avec une sollicitude qui a droit à toute notre reconnaissance.

A MM. LES PROFESSEURS

Qui nous ont fait l'honneur de faire partie de notre jury de thèse, nous adressons nos plus respectueux remerciements.

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE PARIS ET DE LYON

INTRODUCTION

Si la variété des procédés opératoires laisse au chirurgien le choix d'une méthode, les aptitudes personnelles et les habitudes acquises, pour être un garant précieux de succès, ne seront pas les seules causes qui agiront sur la détermination de l'opérateur.

Quand les données de l'expérience auront prouvé la supériorité d'une méthode dans certains cas, il faudra de préférence y avoir recours et abandonner toujours tout esprit de système et d'exclusion.

C'est ainsi qu'il semblerait exagéré de prétendre, à l'heure actuelle, appliquer la voie sus-pubienne (méthode de Freyer) à tous les cas de prostatectomie, en abandonnant systématiquement la voie périnéale, de même qu'il serait inadmissible d'employer indifféremment l'une ou l'autre méthode.

Les chirurgiens urologues de notre époque, tout en reconnaissant que la prostatectomie hypogastrique s'applique avantageusement à la très grande majorité des cas, estiment que la prostatectomie périnéale conserve des indications très nettes, en assurant, à la fois, un meilleur résultat opératoire et une sécurité plus grande au malade.

Un rapide aperçu historique montrera combien cette question de la valeur respective de chaque mé-

thode fut controversée et combien les avis furent partagés. Nous essaierons de montrer ensuite les indications des deux méthodes hypogastrique et périnéale de prostatectomie pour hypertrophie prostatique.

Les observations de prostatectomie périnéale, même depuis l'avènement du Freyer, se trouvent en nombre assez considérable encore ; celles qui sont de la pratique de M. le Professeur Rochet nous ont paru les plus typiques pour les indications restantes de la voie périnéale, objet de notre travail.

Nous avons à cœur de témoigner très respectueusement à M. le Professeur Rochet, qui nous a guidé dans cette étude, toute la dette de reconnaissance que nous avons contractée à son égard.

Nous remercions aussi très vivement le D^r Cathelin, le Prof. Jeanbrau et le D^r Oraison qui ont bien voulu nous honorer de leurs conseils pour la rédaction de ce travail.

CHAPITRE PREMIER .

Historique.

La lutte scientifique engagée pour connaître la valeur réciproque des deux grandes méthodes opératoire de prostatectomie, la *périnéale* et l'*hypogastrique*, paraissait terminée depuis que l'opération de Freyer était venue prendre la place de son aînée. Mais la question revient à l'étude depuis quelque temps, sous une autre forme cependant, moins absolue que l'ancienne, c'est-à-dire sous la forme des indications de chacune d'elles, et non plus sur le rejet systématique de l'une ou de l'autre, suivant sa préférence personnelle.

En 1902, la prostatectomie périnéale florissait dans toute son apogée avec Gosset, Proust et surtout Albarran et avait déjà acquis des droits incontestables qu'elle devait à une technique opératoire bien réglée, quand Freyer, poursuivant les travaux de Fuller, vint dresser devant elle une méthode rivale qui devait gagner bientôt grand nombre d'admirateurs. Voici, disait Legueu, la prostatectomie hypogastrique qui surgit un jour des brumes de l'Angleterre, avec un

tel cortège de gloire et de succès qu'en quelques mois Freyer tout seul lui fait conquérir le terrain qu'avait déjà gagné la prostatectomie périnéale.

Cette phase d'engouement général dura quelques années, mais bientôt l'on fut amené à comparer les résultats de chaque méthode et plusieurs statistiques tendirent à prouver la mortalité plus grande dans la prostatectomie hypogastrique.

Proust, en 1904, relève dans son rapport sur 813 prostatectomies périnéales une mortalité de 7,13 pour 100, et sur 244 prostatectomies sus-pubiennes une mortalité de 11,88 pour 100. Plus tard, en 1906, il note 79 morts sur 1.192 cas de prostatectomies périnéales, soit 6,61 pour 100 et 41 morts sur 384 observations de prostatectomies transvésicales, soit 10,7 pour 100.

L'opération de Freyer était donc un peu trop jeune pour prétendre à la première place ; il lui fallait pour cela encore un peu d'expérience.

De 1904 à 1910 nous assistons à une nouvelle phase de l'histoire de la prostatectomie : période de tâtonnements, de mise au point de la question.

Des travaux multiples mettent en parallèle les deux méthodes, cherchant les avantages et les inconvénients de chacune d'elles. Aux Congrès internationaux de Bruxelles en 1905, de Lisbonne en 1906, de Paris la même année, le procès de chaque méthode fut chaudement défendu.

Les avis des chirurgiens sont très partagés. A l'étranger, Zuckerkandl ayant obtenu de mauvais résultats par la méthode Freyer recommande la voie

périnéale, Young est un partisan convaincu de cette voie. Watson pratique aussi la prostatectomie périnéale de préférence, Lynn Thomas, Cabot, Rovsing, Wœlcker, Kümmel ont le plus souvent recours à la voie périnéale.

En France, Albarran, Cathelin sont les défenseurs de la voie basse. Tuffier, Pauchet reconnaissent que la voie haute est plus simple, c'est également l'opinion de Luys et de Reignier. Hartmann s'est rallié lui aussi à la voie transvésicale ainsi que Carlier, Franck et Delagenière.

Proust et Legueu, tout en reconnaissant dans certains cas la supériorité de la voie périnéale, préfèrent la Freyer.

Ainsi les discussions sur la valeur comparative des deux méthodes avançaient peu à peu vers la solution du problème. L'opération de Freyer prenait en vieillissant plus d'assurance et de poids. La mortalité diminue et tend à se rapprocher de celle de la prostatectomie périnéale, car les chirurgiens se font la main, préparent le malade et surtout commencent à choisir leur cas, à tenir compte de certains facteurs dans le choix de l'un ou de l'autre procédé. Comme le disait Albarran : « La nouvelle question qui se pose, celle des indications respectives de chaque méthode ne sera résolu que par l'expérience ».

Légeu, dans son rapport au XV^{me} Congrès international de Médecine en 1906, estime que les indications se tirent de la prostate et du sujet. Il réserve à la voie haute les grosses prostates adénomateuses, il laisse à la voie basse toutes celles dans lesquelles la

tuméfaction est diffuse, les prostates étalées, à limites imprécises, de consistance ferme et chez les malades infectés ou porteurs de tares organiques.

Le Prof. Rochet, en 1906, esquisse déjà les indications de chaque méthode. La prostatectomie est la méthode de choix pour les cas de malades déjà cachectiques ou gravement infectés; pour les prostates petites, dures, enserrantes et adhérentes, de même pour celles qui ont été le siège de poussées inflammatoires plus ou moins intenses. La prostatectomie sus-pubienne convient surtout aux prostates fibromateuses faisant fortement saillie du côté de la cavité vésicale.

En 1909, Soubeyran estime qu'il faut tenir compte de l'état général, de l'état de la vessie, du volume de la prostate et de la forme de l'hypertrophie.

La prostatectomie hypogastrique sortait cependant victorieuse de la lutte et depuis 1910 elle conserve toujours son avantage, ne laissant à la voie basse que la plus petite part.

Que reproche-t-on à cette dernière? La difficulté opératoire surtout; et disons-le tout de suite, c'est encore actuellement la raison pour laquelle grand nombre de chirurgiens demeurent les partisans systématiques de la voie haute. Il n'est pas toujours très facile d'aborder la prostate par le périnée, surtout quand on a affaire à des prostates très lointaines, profondément situées au fond d'un périnée épais ou chez un sujet dont les ischions sont très rapprochés l'un de l'autre, ne laissant que très peu d'espace pour des manœuvres de profondeur. Or cet inconvénient

ne doit pas compter et ne compte pas entre les mains d'un chirurgien expérimenté. Dans ce cas, en effet, on pourra toujours se servir du désenclaveur de Young pour attirer la prostate ou bien encore utiliser le procédé du Prof. Rochet qui consiste à désinsérer l'aponévrose périnéale moyenne et à extérioriser de la sorte prostate et col vésical.

La perte de la génitalité n'entre pas non plus en ligne de compte et il n'a jamais été démontré qu'elle soit plus respectée dans la voie hypogastrique.

L'incontinence d'urine et la faiblesse sphinctérienne seraient moins marquées dans l'opération de Freyer que dans la périnéale. Il faut remarquer que cette incontinence n'est que temporaire et finit toujours par disparaître. Cette imperfection du résultat a été attribuée à une altération du col vésical, à une lésion de l'urèthre membraneux, à la blessure du nerf du sphincter urétral ou à la disparition du sphincter lui-même. Par l'incision longitudinale de l'urèthre et la décapsulation de la glande par moitié, par la résection des lambeaux du canal on ne rencontre plus guère actuellement d'incontinence très durable.

Quant à la blessure du rectum, qui fut pour beaucoup de chirurgiens l'épouvantail redoutable dans la prostatectomie périnéale, nous verrons au cours de notre travail qu'elle ne doit plus se produire et nous montrerons que surtout par la voie périnéale cette blessure sera le plus facilement évitée.

Pour toutes ces raisons que nous venons de passer en revue, beaucoup de chirurgiens demeurent à l'heure actuelle les partisans systématiques de la voie

haute. C'est un grand tort. La voie périnéale doit être suivie dans certains cas, comme le conseillent les chirurgiens urologues de notre époque, en se basant sur une longue expérience.

Le D^r Cathelin est resté de nos jours le fidèle disciple de son maître Albarran, il se déclare partisan convaincu du retour à la périnéale dans certains cas. D'après lui, il faut rester fidèle à la transvésicale quand la prostate est en piédestal, à évolution franchement vésicale et surtout chez les malades maigres; par contre il faut recourir à la périnéale d'abord chez les gras et quand la prostate est à évolution franchement rectale, faisant dans l'ampoule une masse appréciable. Recourir dans les cas de prostates très moyennes, en présence de lobes péri-cervicaux appréciables dont l'action semble bien prépondérante dans le mécanisme de la rétention, à l'ablation pure et simple de ces tumeurs par la vessie.

Le Prof. Jeanbrau réserve la périnéale aux adénomes diffus non énucléables, aux prostates adénomateuses ayant été le siège de phlegmons, aux prostates adénomateuses calculeuses.

Le D^r Oraison conseille de réserver à la périnéale les prostates saillantes dans le rectum et ayant été le siège de prostatite, de même les prostates suspectes de dégénérescence maligne.

CHAPITRE II

Cas où l'emploi du Freyer ne fait pas de doute.

Il faut reconnaître à la prostatectomie hypogastrique des droits incontestables et elle de beaucoup les indications les plus fréquentes. C'est à cette méthode que le plus souvent le chirurgien aura recours, si l'on considère la fréquence beaucoup plus grande des hypertrophies simples qui motiveront l'intervention. Nous distinguerons dans ce chapitre les indications du Freyer en les rangeant dans trois catégories :

- 1° Fibromes types ;
- 2° Calculose vésicale ;
- 3° Insuffisance rénale peu marquée et pyurie modérée.

1° FIBROMES TYPES.

L'adéno-fibrome prostatique a toujours été acquis à la voie haute. Depuis l'étude de Motz et de Perarnéau sur l'anatomie pathologique de la prostate, il résulte que dans la grande majorité des cas l'hypertrophie prostatique est due à la formation d'adénomes développés aux dépens des glandes de l'urèthre prostatique

proprement dit ou d'ilots glandulaires situés sous la muqueuse. La prostate elle-même ne participe pas à la néoplasie, elle est refoulée, aplatie, réduite à l'état d'une mince capsule.

L'énucléation dans ce cas est merveilleusement facile. « L'opération se pratique avec le doigt en quelques minutes », disait Harrisson. La seule difficulté sera de trouver le plan de clivage qui permettra de détacher le fibrome de sa capsule. On peut ainsi comparer cette hypertrophie à une orange ; la glande hypertrophiée représente la partie comestible qu'il faudra détacher de l'écorce, c'est-à-dire de la capsule. Rien n'est plus facile en effet, et comme le disait Legueu : « L'opération est ainsi très brillante et l'on se prend d'une grande admiration pour l'opération de Freyer qui, en quelques secondes, vous donne une pièce magnifique, enlevée d'un seul tenant, sans déchirure, sans section, sans mâchonnement ».

Ainsi pour ces grosses prostates fibromateuses, facilement énucléables, la prostatectomie hypogastrique est, sans contredit, l'opération de choix. L'examen clinique permettra toujours de faire le diagnostic. Par le toucher rectale, le doigt percevra une prostate volumineuse le plus souvent, avec des lobes bien arrondis, bien délimités et de consistance uniforme. La cystoscopie, d'autre part, permet de se rendre compte de la saillie intra-vésicale, d'où la nécessité, d'après le D^r Cathelin, de faire chez tout prostatique en imminence d'opération, la mensuration intra-vésicale afin de s'assurer de la présence et du volume des lobes péri-cervicaux, surtout du médian.

2° CALCULOSE VÉSICALE.

La concomitance de calculose vésicale et d'hyper-trophie prostatique est chose fréquente.

Ces calculs se développent dans une vessie infectée sous l'influence de l'inflammation ; les urines se transforment, déposent des phosphates ammoniaco-magnésiens surtout et des graviers se forment dans le bas-fond vésical. Le Prof. Rochet, dans son traité de dysurie sénile étudie ainsi leur mode de formation : « Les calculs secondaires phosphatiques sont très faciles à expliquer chez les prostatiques anciens porteurs de vessie infectée, atteinte du catarrhe lithogène typique dont parlait les vieux auteurs, et dans les meilleures conditions pour laisser précipiter les sels urinaires. En examinant attentivement le dépôt des vieux catarrhes vésicaux, on peut parfois se rendre compte du moment où les calculs commencent à apparaître, à se montrer en germes tout au moins. Dans l'enduit purulent et visqueux qui tapisse les parois du viscère ou qui est accumulé dans son bas-fond, on sent à un certain moment en écrasant cet enduit entre deux doigts comme de petits grains calcaires plutôt tangibles que visibles et mélangés à cette masse. Quelquefois même, la muqueuse vésicale est recouverte d'une gomme blanchâtre, d'une boue crayeuse non concrétée en calculs encore, mais représentant un dépôt phosphatique épais et diffusé sur les parois de l'organe ».

Outre la formation de calculs secondaires qui sont les plus fréquents, notons encore la présence de calculs

primitifs, uriques surtout, qui sont dûs à l'âge, à la nourriture et à l'état sédentaire des malades.

Le plus souvent les calculs sont multiples. Kallionzis d'Athènes, en 1908, a retiré 267 petits calculs de la vessie d'un prostatique. Ce chiffre est exceptionnel, mais il n'est pas rare de trouver cinq ou six calculs dans de telles vessies.

Dans ces cas le nettoyage complet de la vessie est aussi important que la prostatectomie elle-même et pour le faire d'une façon parfaite il faudra ouvrir largement la vessie par en haut.

Ainsi on pourra voir dans la vessie, chercher les calculs un à un car dans ces vessies surmenées, la présence de calculs enclavés dans des cellules n'est pas chose rare ; les foyers d'incrustation calcaire ne passeront pas non plus inaperçus et pourront être nettoyés à la curette.

3° INSUFFISANCE RÉNALE PEU MARQUÉE ET PYURIE MODÉRÉE.

Les jeunes prostatiques qui auront la bonne idée de venir consulter le chirurgien avant d'avoir fait un long usage de la sonde et d'avoir franchi les étapes du prostatisme auront encore la chance de pouvoir profiter de la prostatectomie hypogastrique. Chez ceux-là, l'infection ascendante qui guette le prostatique n'aura pas encore eu trop de répercussion sur le rein et l'on pourra sans crainte opérer de suite par la voie hypogastrique. L'infection locale existera déjà sans doute mais modérée et en tout cas l'absence de

grande rétention et surtout de distension donnera tout lieu de croire à l'intégrité relative des reins.

Le critérium presque infaillible sur lequel s'appuie le chirurgien est la recherche de l'urée par la méthode de Widal ou mieux encore par la constante uréo-sécrétoire d'Ambard. Cette recherche est d'une importance primordiale en chirurgie urinaire, elle permet de se rendre compte d'une façon très précise du degré de l'infection par l'évaluation de la valeur fonctionnelle des reins.

La recherche de l'azotémie consiste, comme on sait, dans la détermination de la teneur du sérum en urée. Cette azotémie dépend de la production d'urée dans l'organisme et de l'élimination de l'urée par le rein. Comme Widal l'a bien mis en évidence dans son rapport au Congrès de Liège, l'augmentation de l'azotémie représente un mécanisme compensateur : « Pour triompher de la résistance que les reins opposent au passage de l'urée, le sang se surcharge d'une certaine quantité de cette substance. Par une adaptation automatique, il se met à un état de pression uréique dont le taux varie selon le degré de la lésion rénale et la quantité d'albumine ingérée. Le degré de rétention uréique dans le sang se fixe à un chiffre assez constant, ce chiffre varie suivant la perméabilité des reins pour l'urée. »

Comme on le conçoit, ce dosage de l'urée dans le sérum n'aura qu'une valeur qualitative, elle dépendra aussi du régime alimentaire et de la combustion des albuminoïdes dans l'organisme. En principe, lorsque l'azotémie dépassera un gramme, la déficience rénale

sera de 95 % et l'on ne pourra dans ces conditions tenter la prostatectomie.

Lorsque l'azotémie sera inférieure à un gramme il importera alors de connaître le degré d'élimination d'urée par le rein ; il faudra alors avoir recours à la recherche de la constante uréo-secrétoire.

Ambard disait lui-même : « 1° Lorsque l'azotémie est supérieure à un gramme il est sans intérêt de chercher la constante uréo-secrétoire ; 2° Lorsque l'azotémie est comprise entre 0 gr. 50 à 0 gr. 90 et 1 gramme, il y a intérêt à connaître de façon plus précise le degré de déficience rénale par la détermination de la constante uréo-secrétoire ; 3° Enfin dans les cas d'azotémie inférieure à 0 gr. 50 il est indispensable de déterminer la constante uréo-secrétoire ; les azotémies inférieures à cette limite, dites à tort azotémies normales, pouvant s'observer chez des sujets porteurs de reins très déficients ».

C'est que la méthode tient compte de l'élimination d'urée par le rein, elle représente un rapport entre la teneur du sang en urée et le débit de cette substance dans l'urine. Le coefficient chez un sujet normal est de 0,070, il dépend uniquement de la quantité et de la qualité du parenchyme rénal. Plus le rein sera lésé, plus la constante s'élèvera. Ainsi pour une constante de 0,140 (double du chiffre normal) l'activité fonctionnelle sera réduite au quart, donc à une déficience de trois quarts, tout se passe pour un sujet ayant cette constante comme s'il n'avait qu'un quart de son parenchyme rénal qui fonctionne.

Chez un sujet dont la constante uréo-secrétoire

sera normale ou peu élevée, on pourra conclure à une protastectomie hypogastrique. Au contraire, quand la déficience rénale sera très accusée comme chez les malades infectés ou cachectiques, il faudra de préférence avoir recours à la prostatectomie périnéale.

Disons cependant que la prostatectomie hypogastrique pratiquée en deux temps permet aussi d'obtenir de très bons résultats. Après la cystostomie on verra, en effet, l'azotémie baisser de jour en jour ; par la disparition de la rétention et de la distension, les reins seront mis au repos et au bout de quelques semaines on pourra tenter la prostatectomie transvésicale dans des conditions bien meilleures.

CHAPITRE III

Cas où l'emploi de la périnéale retrouve nettement ses indications.

A vrai dire, le domaine de la prostatectomie périnéale est relativement restreint mais l'expérience lui a consacré quelques indications que l'on ne doit plus actuellement lui contester.

Ces indications sont relatives à :

- 1° L'état général du malade et à l'infection.
- 2° A la constitution histologique de la prostate.
- 2° Aux complications inflammatoires prostatiques et périprostatiques.

1° ETAT GÉNÉRAL ET INFECTION.

La prostatectomie périnéale est une opération qui s'est révélée de suite d'une grande bénignité et c'est le fait le plus frappant de son histoire. Watson donnait, en 1904, 6 pour 100 de mortalité sur 530 cas ; Escat, en 1905, arrivait à 47 décès sur 410 cas, soit 11,3 pour 100. Proust sur 379 cas compte 22 morts, soit 5,8 pour 100. Au rapport du XV^e Congrès international, Legueu reconnaît à la voie périnéale cette supériorité sur la voie hypogastrique en ces termes : « Non seulement l'opération est peu meurtrière, mais

elle est encore dépourvue de ces séries d'accidents petits ou grands que beaucoup d'opérations commandent par elles-mêmes dans les premiers jours au moins, shock, faiblesse du pouls, collapsus, etc. Rien de tout cela n'existe et quand il n'y a pas d'hémorrhagie le premier jour, le malade est aussi bien le soir de son opération et les jours suivants que s'il n'avait pas été opéré. Nous avons ainsi souvent trouvé nos malades lisant leur journal le soir de leur opération, qui avait été souvent laborieuse et pénible ».

Les malades affaiblis par une maladie antérieure ou porteurs d'une tare organique quelconque bénéficieront de cette bénignité. C'est ainsi que des vieillards octogénaires débilités ont supporté l'opération d'une façon étonnante. L'observation II nous donne l'histoire d'un malade âgé de 80 ans qui avait déjà subi deux cystostomies antérieures et des cathétérismes difficiles et répétés. Or, sa courbe de température n'a pas dépassé 38° et son périnée était fermé au bout de deux mois.

Pour ces malades la bénignité opératoire est due au faible traumatisme et aussi à l'hémorrhagie insignifiante qu'ils ont à supporter.

La voie périnéale est bien la voie d'accès anatomique de la prostate, et d'autre part une main sûre et méthodique saura toujours éviter l'hémorrhagie. Le fait d'avoir fait au cours de l'opération la ligature des vaisseaux qui vont contribuer à former le plexus prostatique sera déjà une précieuse garantie contre l'hémorrhagie au moment où l'on abordera la prostate.

De plus le tamponnement de la plaie sera une sau-

vegarde que l'on ne peut utiliser dans la voie haute qui doit justement une grande part de sa mortalité aux hémorragies par une plaie ouverte et non tamponnée.

Les complications pulmonaires qui sont également des causes fréquentes de mort surtout chez les personnes âgées seront beaucoup moins à craindre dans la prostatectomie périnéale. Les gens obèses principalement qui ont si facilement de l'emphysème et de la congestion pulmonaire trouveront plus de garanties dans la voie périnéale. Le malade pourra plus facilement se coucher sur le côté et se tenir assis dans son lit, évitant ainsi la congestion hypostatique. L'obésité par elle-même, si on se place au point de vue manœuvre opératoire, gênera moins par la voie périnéale que par la voie sus-pubienne.

Nous ne parlerons pas des cas où l'accès de la région hypogastrique sera interdit ou rendu très difficile par la présence de hernies volumineuses fréquentes chez les vieux et qui sont souvent de véritables éventrations (voir obs. V). Il en sera de même chez les porteurs de grandes cicatrices consécutives à des abcès de la paroi ou même à des cystostomies. Dans ce cas, la fermeture d'une plaie pratiquée à ce niveau serait fort compromise.

Enfin les cas infectieux graves avec grosse purulence des urines devront diriger le chirurgien vers le choix de la voie périnéale (voir obs. VIII).

Chez les vieux prostatiques, il n'est pas rare de rencontrer un gros catarrhe vésical. Les urines sont alors franchement purulentes, visqueuses, filantes,

ammoniacales, à odeur nauséabonde. Les suites opératoires ne pourront être favorables que si de pareilles vessies sont drainées d'une façon parfaite. Or, le drainage périnéal seul peut y prétendre. Le tube de Freyer ou ceux de Guyon-Périer ne seront jamais suffisants pour permettre un nettoyage parfait de la cavité que laissera l'ablation d'une grosse prostate. Dans ce puits va se collecter du pus, de l'urine et cette mare stagnante sera un véritable foyer de résorption qui pourra entraîner le malade par septicémie. Ce magma purulent pourra même donner lieu à une infiltration locale et déterminer, comme on l'a déjà vu de la cellulite pelvienne.

La voie périnéale offre pour cela toute garantie, la déclivité du terrain permettra toujours un drainage parfait, l'évacuation du pus se fera sans aucune difficulté et le malade aura toute chance d'éviter les conséquences d'une infection prolongée.

2° CONSTITUTION HISTOLOGIQUE.

A côté de la forme type énucléable de l'hypertrophie prostatique, il existe d'autres variétés d'hyperplasies dans lesquelles le tissu fibreux prédomine, étouffant la glande et l'atrophiant par une sclérose envahissante.

Nous verrons que ce processus scléreux peut être aussi localisé à la portion péri-urétrale et faire croire avec Chetwood à une contracture de l'orifice urétro-yésical.

L'anatomie microscopique nous montre que l'hy-

hypertrophie prostatique semble évoluer avec l'âge vers la sclérose. Chez l'enfant le tissu glandulaire existe seul. Chez l'adolescent et au commencement de l'âge mûr on voit apparaître un tissu conjonctif qui circonscrit les îlots glandulaires. A mesure que la prostate avance en âge, ces îlots glandulaires deviennent de plus en plus marqués, s'hypertrophient et constituent des fibromes de grosseur variable.

A ce stade la prostate est donc formée de fibromes glandulaires entourés d'une capsule périphériques conjonctive. On pourrait dire que c'est là le type de la prostate énucléable, celle que l'on doit opérer par la vessie et dont l'exérèse est d'une facilité surprenante. Mais il en est d'autres qui ont subi un processus évolutif beaucoup plus marqué et que le Prof. Rochet appelle les prostatites fibreuses séniles.

Etudiées au point de vue histologique ces prostatites montrent un tissu fibreux dense et parfois très dur, qui occupe la glande en presque totalité. Les fibromes sont envahis par une trame fibreuse et ont souvent complètement disparu. Le Prof. Rochet, dans son traité de dysurie sénile, a montré que ce processus sclérosant pouvait être considéré comme une cirrhose atrophique d'origine congestive : « Les congestions répétées ou fixées de façon chronique pour ainsi dire sur l'appareil urinaire inférieur et la prostate jouent un rôle pathogénique important dans le développement du prostatisme. Or, la congestion est facilement appelée du côté du col vésical et de la prostate ; le sommeil, le décubitus dorsal, la station assise prolongée, etc., l'y attirent et la sclérose vasculaire chez

l'homme âgé la retient aisément dans des vaisseaux dilatés et ayant perdu l'élasticité qui pourrait leur permettre de se débarrasser rapidement de l'afflux congestif. Une fois installée, fixée sur un appareil ou un viscère quel qu'il soit, la congestion provoque petit à petit une prolifération conjonctive autour d'elle, une sorte de cirrhose qui enserre et finit par atrophier les éléments nobles de l'organe. C'est l'histoire de la cirrhose veineuse du foie d'origine cardiaque, c'est l'histoire aussi de certaines scléroses du rein. Dans la prostate elle entraîne de même la sclérose progressive de la glande, la prostate sénile proprement dite, qui déforme irrégulièrement la glande et qui enserre le canal prostatique. »

Ces prostates petites, dures, enserrantes sont d'ailleurs souvent des squirrhes commençants. Mais le diagnostic clinique entre la prostate fibreuse et le squirrhé commençant est presque impossible.

On a pu dire que la dégénérescence maligne d'une hypertrophie prostatique était beaucoup plus rare qu'Albarran et Hallé ne l'avaient dit. Pour certains même, à l'heure actuelle on n'observe jamais de cancer développé secondairement sur une hypertrophie prostatique existante. Cela peut être vrai pour de véritables fibromes représentant le type de l'hypertrophie sénile. Mais cela n'est plus vrai pour les prostates séniles à forme scléreuse, soit que ces prostates représentent déjà un commencement de squirrhé, mais l'examen histologique biopsique permettrait seul de trancher la question, soit que le squirrhé se soit développé secondairement sur la prostate scléreuse.

Quoi qu'il en soit, dans ces prostates fibreuses, on ne trouve pas de plan de clivage opératoire, elles ne sont pas énucléables. La coque périphérique n'existe plus, tout est pris en bloc et ce bloc devra être extirpé en masse, sculpté aux ciseaux pour être enlevé sans trop de dégâts.

Pour ces prostates, le Freyer laisse donc beaucoup à désirer, le doigt ne pourra pas énucléer cette masse sans craindre de vastes délabrements. Par la voie périnéale, la dissection en sera d'autant plus facile qu'elle sera faite sous le contrôle de la vue. (Voir obs. I, IV, VII.)

Nous avons vu que l'hypertrophie prostatique avait comme point de départ les glandes sous-muqueuses et était le plus souvent généralisée à toute la couche glandulaire intrasphinctérienne. Cependant il importe de signaler que quelquefois l'hyperplasie se trouve localisée à une portion glandulaire bien définie anatomiquement, c'est-à-dire au groupe urétral ou sous-montanal, comme l'appelait Albarran, situé immédiatement au-dessous du groupe sous-cervical et répondant à la portion terminale de l'urèthre.

Keyes et Chetwood, ayant remarqué chez certains sujets à petite prostate tous les symptômes du prostatisme, attribuent cette affection à une contracture du col liée à un rétrécissement inflammatoire. Pour eux la lésion essentielle est tout à fait indépendante de la prostate, mais en lisant leurs observations, on est frappé de la coexistence fréquente d'hypertrophie prostatique. Dans certains cas l'urèthre prostatique fut dilaté à fond et sans ménagements jusqu'à l'ex-

trême limite sans supprimer complètement la tendance à la contracture, preuve certaine de sclérose prostatique.

Déjà Le Für, en 1905, dans un très bon travail, en étudiant le rétrécissement de l'urèthre postérieur, entre dans une étude détaillée des effets de la prostatite, de l'hypertrophie et de l'atrophie prostatique sur l'urèthre postérieur. Il émet nettement l'opinion que l'atrophie de la prostate, forme d'hypertrophie prostatique fibreuse, appelée parfois concentrique, est souvent associée à un rétrécissement de l'urèthre postérieur.

De plus le traitement opératoire de Chetwood laisse beaucoup à désirer, l'incision du rétrécissement au galvanocautère à travers une boutonnière périnéale ou une cystostomie sus-pubienne n'est pas toujours suffisante pour assurer la guérison; la rétention persiste la plupart du temps avec toutes ses conséquences.

Il semble donc que dans ces cas on se trouve souvent en présence d'une sclérose prostatique localisée, ayant comme point de départ de petits adénomes de l'urèthre prostatique lui-même et qui ne sont pas apparents dans la vessie. Le seul traitement efficace sera la prostatectomie.

La situation basse de la lésion au niveau de l'urèthre prostatique, la non-énucléabilité de pareilles prostates seront des indications suffisantes pour motiver la voie périnéale.

3° PROSTATITE ET PÉRIPROSTATITE.

Parmi les prostates non énucléables il nous faut ranger également celles qui ont été le siège de poussées inflammatoires et qui ont par ce fait même contracté avec la loge prostatique des adhérences qui en rendent l'ablation difficile.

La cystite, les traumatismes répétés par les sondages fréquents et d'une asepsie fort douteuse représentent des causes étiologiques suffisantes pour expliquer la prostatite au cours de l'hypertrophie. Notons même la préexistence de prostatite, reliquat d'une blennorrhagie ancienne qui accentuera les troubles fonctionnels au moment où apparaîtra l'hypertrophie. L'inflammation de la glande accomplit un travail de longue haleine, persiste de nombreuses années avec des alternatives d'acuité et de rémission, mais toujours aidée par les poussées congestives habituelles aux prostatiques. Elle peut être diffuse, mais aboutit aussi parfois à la formation d'abcès. On rencontre communément de petits abcès répartis dans toute la glande ou de véritables collections purulentes qui restent d'ailleurs fort longtemps inconnues (voir obs. III). Cette inflammation d'abord limitée à la glande ne tarde pas à envahir la loge qui se prête merveilleusement à ce processus par sa constitution même, sa vascularisation intense, vasculaire et lymphatique, la matière celluleuse lâche dont elle est formée. L'infiltration s'étend et des adhérences s'organisent englobant parfois les vésicules séminales et la paroi rectale. Au toucher rectal les limites

de la glande sont imprécises, on a parfois la sensation d'un plastron étalé. L'équilibre anatomique est rompu. Il ne faut pas espérer trouver un plan de clivage, la glande n'est pas énucléable et partant la prostatectomie périnéale s'impose (voir obs. VI et X).

Le Dr Cautermann fit un rapport en 1909 à la Société médico-chirurgicale d'Anvers sur un malade âgé de 80 ans, atteint de prostatite chronique chez lequel tout cathétérisme était impossible, il pratiqua la prostatectomie périnéale. La guérison fut parfaite. L'auteur conclut : « Le procédé Freyer est applicable à l'adéno-myome de la prostate, mais ne vous avisez pas d'aborder par cette voie une prostatite chronique. L'extirpation de cette prostate par la voie sus-pubienne est excessivement laborieuse et difficile, absence totale de plan de clivage ; impossibilité d'énucléation ; ce n'est que par une dissection pénible que l'on peut réséquer la prostate en y comprenant et les vésicules séminales et les canaux déférents qui constituent un pédicule à sectionner. »

Disons maintenant que l'inflammation peut se propager jusqu'à la paroi rectale et que les adhérences au rectum se rencontrent assez souvent. Cette question de la blessure du rectum fut toujours le point noir pour beaucoup de chirurgiens. Même dans les cas où le rectum est libre de toute adhérence certains opérateurs estiment que sa blessure est presque fatale par la voie périnéale et de peur de voir s'installer une fistule rectale toujours difficile à fermer ils préfèrent éviter ce qu'ils appellent un écueil et passent par la voie haute.

Or, quand il n'y a pas d'adhérence au rectum, la blessure doit toujours être évitée et cet inconvénient ne compte pas pour un chirurgien expérimenté. Nous irons plus loin et nous dirons même que lorsqu'on pourra craindre des adhérences au rectum, ce sera une raison de plus pour choisir la voie périnéale. Le premier temps de l'opération doit être justement de préserver le rectum de toute déchirure et c'est par la voie basse à coup sûr que ce temps est le plus facile car il se fait sous le contrôle de la vue. La prostatectomie périnéale (obs. IX.), pratiquée par le Prof. Rochet le 21 juillet dernier, est un exemple de périprostatite et d'adhérences au rectum. Or, la blessure du rectum fut évitée quoique celui-là présentât des adhérences sur plusieurs points.

Il ne s'agit pas dans ces cas difficiles de chercher tout de suite à atteindre la prostate, il faut avancer vers elle lentement et méthodiquement. La dénudation intra-urétro-rectale est le temps opératoire de beaucoup le plus délicat et elle doit être faite jusque sous le plancher vésical. Cette manœuvre est rendue plus facile par l'introduction d'un doigt dans le rectum qui est ainsi abaissé tandis qu'on libère toutes les adhérences. Pendant l'opération une valve protégera la paroi rectale contre les incursions intempestives du bistouri. Aussi doit-on dire que la voie périnéale a la prétention d'éviter la blessure du rectum beaucoup plus sûrement que la voie haute et dans tous les cas.

Quant aux fistules secondaires, on évitera la formation de plaques de sphacèle par un mècheage peu serré; d'ailleurs la mèche pourra être enlevée dès les

premier jours car le drainage se fera tout naturellement.

Enfin la voie périnéale sera toute indiquée dans les cas où les abcès aurront créé une fistule rectale ou périnéale. Les abcès au cours de l'hypertrophie semblent suivre la même voie que dans les prostatites étudiées dans la thèse de Segond. C'est le plus souvent dans l'urèthre que s'ouvrent les abcès prostatiques ; le pus gagne l'origine de la portion membraneuse en doublant la face postérieure de la prostate.

Ailleurs le foyer périprostatique communique avec une collection intra-prostatique et le chemin est tout tracé. Les abcès exclusivement périprostatiques au contraire ont tendance à fuser vers le périnée où à s'ouvrir dans le rectum. Dans les cas heureux où l'on fait le diagnostic précoce, l'incision périnéale évitera encore la fistule rectale dont la formation est quelquefois le premier indice de l'abcès.

C'est encore par la voie périnéale qu'il sera possible d'enlever ces hypertrophies abcédées, du même coup on excisera le trajet fistuleux et on tentera la fermeture du rectum.

OBSERVATIONS

Prostatectomies périnéales.

OBSERVATION I.

B... Jacques, âgé de 75 ans. Début de la maladie il y a deux ans. Brusquement le malade fut pris de rétention complète. (Septembre 1904.)

Le toucher rectal révèle une grosse prostate dure, avec deux lobes latéraux très nets. On a de la peine à atteindre la limite supérieure avec le doigt enfoncé très profondément. La sonde à béquille n° 17 passe facilement mais le passage de la prostate est douloureux.

1^{er} septembre. Gros disque d'albumine, urines purulentes, cathétérisme douloureux.

3 septembre. Intervention. (Prof. Rochet.)

On tombe sur une prostate hypertrophiée adhérent fortement à la capsule. Le lobe gauche est de consistance ferme rappelant celle d'un fibrome. Le lobe droit, au contraire, est friable et présente un aspect de dégénérescence. La propagation se fait tout autour du col vésical et autour des glandes du col. On est forcé de laisser subsister une certaine quantité de prostate à cause de son adhérence au niveau du col vésical et du trigone. On laisse dans le canal une sonde en gomme n° 22.

24 septembre. La sonde métallique passe facilement.

21 octobre. On passe facilement le n° 25. On fait ensuite un lavage car il y a toujours un culot d'urines troubles.

Le malade sort le 31 octobre en très bon état et avec un cœur amélioré (il avait quelques troubles cardiaques depuis plusieurs mois).

Dans ce cas, en raison des adhérences et de la consistance suspecte de la glande en certains points, on aurait eu de

grosses difficultés par la voie sus-pubienne. Ces difficultés, du reste, ne pouvaient être prévues par cette voie puisque, à cette époque, il ne s'agissait pas encore de prostatectomie par voie haute au moins entre les mains de la plus grande partie des chirurgiens.

OBSERVATION II.

M... Claude, 80 ans.

Entre à l'hôpital pour rétention d'urine en avril 1909.

Les troubles urinaires ont commencé en 1903.

Rétention complète d'urine. Cystostomie pratiquée à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Le malade, dans la suite, urine seul avec plus ou moins de difficulté mais se sonde très rarement. En avril 1909, crise de rétention qui nécessite son entrée à l'hôpital.

On essaie de sonder mais on ne peut pas même introduire un conducteur. On tombe dans un trajet, probablement une fausse route, où la sonde vient buter.

Devant l'impossibilité du cathétérisme, on ponctionne la vessie.

8 avril. Sous anesthésie, on passe une sonde métallique et on place une sonde à demeure.

Le toucher rectal montre une prostate très grosse, saillante, non bosselée, très tendue.

8 juin. Cystostomie.

12 juin. La fistule donne toujours, mais le malade va bien et éprouve de fortes envies d'uriner.

28 juillet. Crise de rétention. Toute tentative de sondage est encore infructueuse. On évacue la vessie en introduisant une sonde par la fistule hypogastrique. Urines louches, avec disque d'albumine.

14 août 1909. Opération par le Dr Muller, assistant du service, qui choisit la voie périnéale pour des raisons faciles à comprendre par la lecture de l'observation (2 cystostomies antérieures, âge très avancé du malade, accidents de fausse route cathétérienne, avec poussées inflammatoires du côté de la prostate).

La glande est énucléée en presque totalité, mais seulement par fragments. Drainage et tamponnement à la gaze. Injection d'huile camphrée et de 300 centimètres cubes de sérum artificiel.

Suites opératoires bonnes : température : 38°, le poulx est bon, l'intervention est bien supportée.

1^{er} décembre 1909. La plaie périnéale est à l'heure actuelle complètement cicatrisée et cela depuis plus d'un mois. Il n'existe à son niveau aucun trajet fistuleux par lequel s'écoulerait l'urine. Au niveau de l'ancienne plaie hypogastrique, il s'est réouvert une petite fistulette par laquelle s'écoule un peu d'urine. Cependant c'est par l'urèthre que le malade évacue en grande partie ses urines. Au cathétérisme de l'urèthre on passe sans difficulté un n° 21 de Nélaton. Lorsqu'on passe des sondes métalliques, le cathétérisme est un peu plus difficile et au niveau de la partie profonde de l'urèthre il existe un petit obstacle que l'on ne peut franchir qu'après un véritable ressaut. Au toucher rectal, on sent une paroi rectale étalée et un peu indurée, sans tumeur véritable. On ne trouve plus trace de la perforation qui avait existé entre la vessie et le rectum à un moment donné en août.

Le malade reste dans le service à cause de son grand âge et n'ayant pas de ressources chez lui.

Revu en octobre 1910 le malade conserve encore une petite fistule sus-pubienne. On passe le 40 Béniqué qui force dans la région du col.

Le malade sort le 16 janvier 1912 conservant encore une fistule sus-pubienne. La miction se fait en grande partie par le canal cependant.

L'état général est bon.

OBSERVATION III.

D... Pierre, 70 ans. Entre à l'hôpital en janvier 1910 pour rétention d'urine.

Depuis une quinzaine d'années le malade a de la pollakiurie surtout nocturne et de la dysurie. Il y a deux ans les troubles se sont accentués.

17 janvier 1910. Accès de rétention aiguë. Cathétérisme difficile, le malade entre à l'hôpital.

A l'examen : la région lombaire n'est pas douloureuse, la région vésicale non plus, mais la vessie remonte très haut. Résidu de 500 centimètres cubes. Au toucher rectal, prostate grosse étalée, non indurée.

28 janvier. Intervention (Prof. Rochet). La prostatectomie périnéale est choisie de préférence à la sus-pubienne parce que certains signes cliniques entre autres une orchite volumineuse et récidivante avait fait penser à une infection marquée de la prostate, peut-être même suppurée en certains points.

On arrive sur la prostate sans incident et l'on voit quelques petits abcès à la partie postérieure de la glande. Le lobe gauche volumineux est enlevé avec le médian, puis on enlève le lobe droit. Pas de perforation rectale.

On place deux drains en canon de fusil.

OBSERVATION IV.

G... Antoine, 63 ans, entre dans le service pour rétention d'urine. Les troubles urinaires remontent à trois ou quatre ans. Dysurie. Peu à peu les mictions deviennent plus fréquentes et plus douloureuses. Urines troubles à odeur nauséabonde. A l'examen on trouve une prostate étalée et un peu dure. Vessie : résidu, 100 grammes.

1^{er} septembre 1910. Prostatectomie périnéale (Prof. agrégé Thévenot). La voie périnéale est choisie en raison de la consistance dure notée dans l'examen clinique. La glande est en effet adhérente et enlevée par petits fragments. Certainement avec la voie haute on se serait trouvé dans de très mauvaises conditions pour l'énucléation.

17 septembre. On passe un n° 18 ; les cathétérismes ont été faits régulièrement avec lavages jusqu'au départ du malade, qui sort le 25 janvier, c'est-à-dire cinq mois après l'opération.

OBSERVATION V.

P... Faustin, 68 ans, entre le 19 septembre 1918 pour rétention complète.

On met une sonde à demeure pendant cinq jours. Après avoir enlevé la sonde la miction ne revient pas spontanément. On le sonde trois fois par jour. Urines très sales.

Au toucher rectal : petite hypertrophie lisse, très régulière, sans bosselures, un peu plus développée sur le lobe gauche.

21 octobre 1918. Accès fébrile à 40° 8. On retire la sonde derrière laquelle s'est accumulé un peu de pus.

22 octobre. Opération (Prof. Rochet). La prostatectomie périnéale est indiquée ici de préférence à la voie haute pour les raisons suivantes :

1° Le malade est très affaibli et fortement infecté ;

2° Il est porteur de hernies, dont l'une à gauche est une véritable éventration et représente la grosseur d'une tête d'enfant.

17 novembre. On sonde le malade avec un filiforme sur lequel on visse une sonde n° 16. Les urines sont à peu près claires. La plaie périnéale se ferme bien.

Le malade a été revu à différentes reprises aux consultations gratuites. Etat général transformé, urines limpides, cathétérisme facile.

20 octobre 1919. Un an après l'opération, mêmes résultats que ceux que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire très bons.

Il persiste cependant une petite fistulette périnéale. On va le faire entrer à nouveau au service pour autoplastier la fistulette et faire la cure d'une grosse épiplocèle à gauche.

OBSERVATION VI.

P... (Pierre), 63 ans. Entre le 5 décembre 1918. Rétention incomplète de 500 grammes au moins.

Urines à peu près claires.

Urèthre libre au n° 20.

Prostate augmentée de volume, pas de trace apparente de néoplasme.

20 décembre. Sonde à demeure.

24 janvier 1919. Au toucher rectal la prostate paraît très modifiée par rapport aux renseignements précédents. On trouve une prostate dure, nettement adhérente, surtout à droite, avec une vésicule séminale droite assez dure. Prostatectomie périnéale (Prof. agrégé Thévenot). La prostate s'enlève avec assez de difficulté par morcellement. On enlève aussi la vésicule droite adhérente.

2 mars. La plaie vésicale s'est fermée au bout d'un mois.

8 mars. On sonde le malade facilement avec un n° 23.

16 mars. Cathétérisme très facile, urines claires, plaie périnéale cicatrisée. On peut espérer un très bon résultat.

30 mars. Le malade sort guéri.

OBSERVATION VII.

M... Frédéric, entre le 6 février 1919. Rétention vésicale ancienne et résidu de plusieurs centaines de grammes.

Intervention il y a un an pour rétention vésicale. Taille hypogastrique et recherche de la prostate qui est toute petite et qu'on ne peut énucléer. Devant cette impossibilité on se borne à sectionner dans le plan sagittal la lèvre postérieure du col (prostato-cervicotomie postérieure) pour faire une sorte de brèche à l'orifice uréthro-vésical en arrière.

A la suite de cette intervention, le malade eut une courte amélioration puis il fut obligé de se sonder lui-même deux fois par jour. Les urines étaient toujours infectées, le résidu vésical atteignait plusieurs centaines de grammes et le malade venait de temps en temps à la consultation pour des lavages de vessie.

A l'entrée on constate une rétention de 200 grammes, les urines sont louches.

Au toucher rectal : prostate augmentée de volume, surtout à droite où le lobe est très dur, très fixé mais sans noyau secondaire.

Opération le 14 février 1919. Ablation du lobe droit qui tient énormément. Quant au lobe gauche on le sculpte comme on peut aux ciseaux. Ce qu'on constate c'est que l'orifice urétro-vésical, qui se présentait avant l'extirpation comme une bride très saillante en arrière, dure, et sténosante, est largement ouvert et libéré à la fin de la prostatectomie périnéale. Cette bride dure était peut-être le résultat de l'ancienne cervicotomie postérieure remplacée par du tissu de cicatrice épais.

14 mars. Etat local et général très bon.

Plaie périnéale presque cicatrisée.

Sondage facile avec un bénique 18.

Les urines qui sortent sont claires mais le plancher vésical est toujours bien sale, comme le témoigne la fin des urines recueillies par la sonde.

7 avril. Le malade sort guéri.

OSERVATION VIII.

B... Adrien, 59 ans. Entre à l'hôpital le 2 avril 1919 pour dysurie et pollakiurie surtout nocturne.

Antécédents personnels. Le 15 août 1916, le malade est tombé à califourchon, accident ayant déterminé une urétrorragie d'une demi-heure. A été soigné à Vienne où il est resté une quinzaine de jours avec une sonde à demeure.

Il y a deux mois, apparition de dysurie, le malade se sonde lui-même avec un n° 12 de Nélaton.

Urèthre: Cathétérisme difficile, la sonde traverse avec quelque difficulté la portion prostatique. Reins non perçus.

Organes génitaux externes normaux.

Prostate assez volumineuse avec une saillie beaucoup plus prononcée à droite qu'à gauche.

Urines très purulentes, 400 gr. de résidu.

Etat général mauvais, langue sèche.

4 mai 1919. Sonde à demeure.

31 mai 1919. Opération (Prof. Rochet): La prostatectomie périnéale est choisie de préférence à l'hypogastrique en raison: 1° du mauvais état général; 2° de l'infection très mar-

quée de la vessie paraissant nécessiter un large drainage par en bas.

Incision arquée. Désinsertion de l'aponévrose périnéale moyenne pour faciliter le décollement de la prostate, cette glande étant un peu adhérente.

La désinsertion sans section ne donne pas un jour suffisant, on coupe le canal. On abaisse alors très facilement la prostate et même la vessie.

Une incision de la face postérieure de la prostate permet d'énucléer un lobe médian et deux lobes latéraux. Fermeture de l'incision de la coque prostatique. Suture incomplète du segment antérieur de l'urèthre à la coque prostatique. Deux drains de Guyon. Suture partielle des parties molles superficielles.

27 juin 1919. Les suites ont été excellentes, plusieurs sondages avec la sonde métallique ont été faits facilement. Le malade commence à uriner normalement.

27 juillet. La plaie périnéale est complètement cicatrisée, et tout semble devoir évoluer vers la guérison définitive.

28 août. Le malade a conservé un peu de faiblesse sphinctérienne comme il arrive assez souvent après l'opération par voie basse.

L'urine est très claire sans albumine; l'état général excellent, c'est une transformation complète.

OBSERVATION IX.

G... Laurent, 60 ans. Lithotritie en 1912. En 1915, prostatectomie transvésicale.

On tombe sur une prostate dont le lobe droit fait une grosse saillie dans la vessie, ce lobe est énucléé facilement. Quant au lobe gauche, faisant à peine saillie, il est énucléé plus difficilement, il est moins gros que le droit et surtout adhérent à la base de la loge, probablement par suite de poussées inflammatoires antérieures. L'ablation est probablement incomplète de ce côté et on doit laisser un peu de tissu fibromateux adhérent à la capsule.

En juillet 1918. Crise de rétention aiguë, le malade se sonde lui-même,

15 juillet 1919. Le malade entre de nouveau à l'hôpital.

A l'entrée: dysurie très marquée. Résidu vésical 300 cc. Urines troubles, purulentes à la fin.

Au toucher rectal on sent une prostate grosse à droite et à gauche, comme si la glande hypertrophiée s'était reconstituée après la première opération qui avait laissé un fragment de la glande. Il est indiqué de l'enlever de nouveau.

21 juillet 1919. Prostatectomie périnéale (Prof. Rochet). Incision arquée à convexité antérieure. Un doigt est introduit dans le rectum ainsi abaissé et la désinsertion des plans vers la profondeur est très prudente pour éviter la blessure du rectum. Ce premier temps opératoire présente quelque difficulté; la prostate est très haute et l'espace biischiatique un peu étroit. Le rectum est libéré jusque sous le plancher vésical, mais la prostate est adhérente en certains points; toute déchirure cependant est évitée. On cherche alors à délimiter la masse prostatique des tissus environnants. Les adhérences inflammatoires, la périprostatite rendent ce temps particulièrement difficile.

L'urèthre est incisé sur la ligne médiane et l'on introduit le désenclaveur de Young. L'énucléation de la glande est alors impossible à droite. Une partie du lobe droit est pris dans une gangue scléreuse que l'on est obligé de disséquer et d'enlever partiellement aux ciseaux. Le reste de l'organe est ensuite attiré sans trop grande difficulté, car le lobe gauche est moins adhérent. Au fond de la plaie opératoire on aperçoit bâiller le col vésical; l'urèthre présente deux grandes lèvres très lâches, témoins de la dilatation très prononcée de l'urèthre à ce niveau. On résèque les lambeaux et l'on réunit l'urèthre au col vésical par trois points de suture sans tenter une uréthrorrhaphie complète à cause de l'infection. Deux drains en canon de fusil sont introduits sous le plancher vésical et l'on pousse une mèche sans trop comprimer le rectum. Une seconde mèche est placée sur les plans interstitiels pour parfaire l'hémostase.

23 octobre. L'opéré a conservé une petite fistule périnéale qu'on a avivée, et qui est en train de se réparer. Ce cathétérisme du canal se fait fort aisément avec des béniqués 18 et 20.

Le malade urine bien par la verge ; une petite partie de l'urine sort encore cependant par le périnée pendant la miction.

OBSERVATION X.

B... , 64 ans. Troubles de prostatisme depuis cinq ou six ans déjà. Coïncidence d'un petit rétrécissement au milieu du pénis (n° 14).

Dysurie nocturne beaucoup plus marquée depuis quelques mois.

Prostate nettement hypertrophiée, mais donnant la *sensation un peu dure* partout, comme s'il y avait une prostatite fibreuse volumineuse. Le malade avait eu du reste de fréquentes poussées de prostatite blennorrhagique étant jeune.

Pour faire l'opération, pensant à des difficultés d'enucléation par en haut à cause de la consistance de la glande, on aborde la prostate par la voie périnéale. Même par cette voie on a des difficultés sérieuses, car la prostate est haut située et adhère même au rectum en un point, et malgré les précautions opératoires le rectum est déchiré sur une petite étendue.

Tout se passa bien, sauf une fistule uréthro-rectale, qui ne guérit pas spontanément et fut opérée par le procédé en store six mois après.

A l'heure actuelle, six ans après l'opération, le malade va tout à fait bien.

Par la voie hypogastrique, on aurait eu les plus grandes difficultés pour une ablation *complète* puisque on dut par le périnée, pour avoir complètement la glande, la sculpter aux ciseaux à un moment donné.

CONCLUSIONS

Dans ce travail nous nous sommes proposés d'étudier les indications qui nous paraissent demeurer, même encore à l'heure actuelle, pour la voie périnéale dans l'extirpation de la prostate hypertrophiée.

Evidemment dans la très grande majorité des cas, la voie sus-pubienne est la voie de choix. Mais dans certains cas que nous avons essayé de catégoriser elle est, ou trop difficile, ou trop dangereuse sur des malades très infectés, ou porteurs de prostate de nature un peu particulière.

Les cas où la prostatectomie périnéale garde encore ses indications nettes, nous paraissent les suivants :

I. Indications tirées de l'état général du malade, du degré d'infection de la vessie, de l'atteinte rénale elle-même.

II. Indications fournies par la nature de l'hypertrophie, nature qu'on peut soupçonner déjà par l'examen clinique de la prostate et qui influe considérablement sur la facilité opératoire, "

III. Indications tenant à des complications inflammatoires récentes ou anciennes, développées dans la prostate ou autour d'elle.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Le Président de la thèse,

ROCHET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 23 octobre 1919.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Rapport au Congrès de Lisbonne. (In *Presse médicale*, mai 1906.)
- L'hypertrophie de la prostate (prostatectomie périnéale). (*Journal des praticiens*, 21 mars 1908.)
- BALLENGER. — Revue des différentes opinions sur le traitement chirurgical de la prostate. (*Medical Record*, 4 février 1909.)
- BAZY. — Adénomes prostatiques enlevées par voie périnéale. (Société de chirurgie, 8 juillet 1908.)
- CATHELIN. — Comment conseiller la prostatectomie ? (Cliniques de chirurgie urinaire, 1908.)
- CAUTERMANN. — Statistiques de prostatectomies périnéales et transvésicales. (Société médico-chirurgicale d'Anvers, 18 juin 1909.)
- CHETWOOD. — Prostatisme sans hypertrophie de la prostate. (*Annals of Surgery*, avril 1905. (In *Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, 1905.)
- ESCAT. — Indications et valeur thérapeutique des prostatectomies. (Rapport à la 8^e session de l'Association française d'Urologie, 1904.)
- KEYES et CHETWOOD. — Rétrécissement inflammatoire de l'urèthre postérieur. (In *Annales des mal. des org. gén. urinaires*, 1905.)
- LEGUEU. — Communication à la 8^e session de l'Association française d'urologie, 1904.
- Rapport au XV^e Congrès international de médecine sur le traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique.
- ROCHET. — La prostatectomie hypogastrique et périnéale comparées. (*Lyon médical*, 1906.)
- Traité de dysurie sénile, 1899.
- Clinique et thérapeutique urinaires, 1905.
- SALINIER. — La mortalité opératoire comparée de la prostatectomie périnéale et de la prostatectomie hypogastrique. (Thèse de Lyon, 1908-1909.)
- SOUBEYRAN. — Prostatectomie périnéale par la voie ischio-bulbaire. (*Archives générales de chirurgie*, 25 mars 1909.)

